

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) yang dikenal sebagai *Scaling Up Nutrition* (SUN) adalah upaya berbagai negara untuk memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi khususnya penanganan gizi sejak 1000 hari dari masa kehamilan hingga usia dua tahun. Ibu hamil, ibu menyusui, bayi baru lahir dan anak usia di bawah dua tahun (baduta) merupakan kelompok sasaran untuk meningkatkan kualitas kehidupan 1000 hari pertama manusia. Seribu hari terdiri dari, 270 hari selama kehamilan dan 730 hari kehidupan pertama sejak bayi dilahirkan. Periode ini disebut periode emas (*golden periode*) atau disebut juga sebagai waktu yang kritis, yang jika tidak dimanfaatkan dengan baik akan terjadi kerusakan yang bersifat permanen (*window of opportunity*) (Menkokesra RI, 2013).

Indonesia telah menjadi bagian dari SUN *movement* melalui surat keikutsertaan dari Menteri Kesehatan kepada Sekjen PBB pada bulan Desember 2011, dimana pada tahun 2014 telah bergabung 50 negara dalam SUN *movement* tersebut. SUN *movement* ini diterapkan dalam Peraturan Presiden No.42 tahun 2013 tentang Gerakan Percepatan Perbaikan Gizi. SUN *movement* bukanlah inisiatif baru maupun pendanaan baru tetapi merupakan peningkatan efektivitas dari berbagai inisiatif dan program yang sudah ada melalui dukungan dari kepemimpinan nasional, penetapan prioritas dan harmonisasi program. Selain itu dilakukan upaya koordinasi dan dukungan teknis, advokasi tingkat tinggi serta kemitraan (Bappenas, 2014).

Indikator yang menjadi tujuan dari gerakan 1000 HPK ini adalah menurunkan jumlah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), menurunkan proporsi anak balita yang pendek (*stunting*), menurunkan proporsi anak balita yang menderita kurus (*wasting*), tidak ada lagi kenaikan proporsi anak yang mengalami gizi lebih (*overweight*), menurunkan proporsi ibu usia subur yang menderita anemia, meningkatkan presentase ibu yang memberikan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif selama 6 bulan (Menkokesra RI, 2012). Namun setelah diterapkannya Peraturan

Presiden nomor 42 tahun 2013 tentang gerakan percepatan perbaikan gizi, perlu kita lihat kembali kenapa prevalensi beberapa indikator *outcome* dari gerakan 1000 HPK ini masih tetap tinggi.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 prevalensi balita gizi buruk 5,7%, balita pendek 37,2%, prevalensi balita gemuk 11,9%, prevalensi BBLR di Indonesia 10,2%, panjang badan bayi lahir pendek (<48%) 20,2% dan prevalensi anemia 37,1%. Jika digabungkan indikator BBLR dengan panjang bayi lahir pendek terdapat prevalensi sebesar 4,3% dimana tertinggi di Papua dan terendah di Maluku (Kemenkes Litbangkes, 2013). Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) nasional tahun 2016 didapatkan hasil prevalensi *wasting* meningkat menjadi 11,1%, sedangkan indikator sedikit terjadi penurunan yaitu sebesar *stunting* 27,6% dan gizi lebih 1,5%. Untuk pemberian ASI Eksklusif di Indonesia persentasenya 54% (bayi usia 0-5 bulan) dan 29,5% (pada bayi usia 0-6 bulan) (Kemenkes, 2016).

Untuk Propinsi Sumatera Barat, berdasarkan hasil riskesdas tahun 2010 termasuk dalam 18 Propinsi yang mempunyai prevalensi *stunting* diatas prevalensi *stunting* nasional (>35,6%). Pada hasil Riskesdas tahun 2013 Sumatera Barat berada di peringkat 17 dari 20 Propinsi teratas memiliki prevalensi *stunting* diatas prevalensi *stunting* nasional (37,2%). Pada indikator *wasting* (BB/TB kurus dan kurus sekali) Sumatera Barat berada pada kelompok 17 Propinsi teratas yang memiliki prevalensi diatas prevalensi nasional (>5,3%) (Riskesdas, 2013). Hasil PSG di Propinsi Sumatera Barat pada tahun 2015 presentase *stunting* (27,6%), pada tahun 2016 menurun 2,1% yaitu (25,5%), namun pada tahun 2017 terjadi peningkatan sebesar 5,1% yaitu (30,6%) dengan Kabupaten Pasaman memiliki persentase *stunting* tertinggi (40,6%) dan Kota Padang memiliki persentase terendah (22,6%). Pada indikator *wasting* persentase Propinsi Sumatera Barat pada tahun 2015 sebesar (9,6%), pada tahun 2016 terjadi sedikit penurunan prevalensi 0,7% yaitu (8,9%), namun pada tahun 2017 terjadi peningkatan prevalensi sebanyak 1,2% yaitu (10,1%) dengan Kabupaten yang memiliki persentase *wasting* tertinggi adalah Kabupaten Pasaman (15,9%) serta Kota Padang Panjang memiliki persentase *wasting* terendah (5,4%) (Dinkes Prop.Sumbar, 2018)

Melihat hasil laporan PSG Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat, Kabupaten Pasaman adalah daerah yang mempunyai prevalensi masalah gizi paling

tinggi baik pada indikator masalah gizi *wasting* pada balita maupun indikator *stunting* pada balita dibandingkan Kabupaten/Kota lain yang ada di Sumatera Barat, untuk itu perlu kita lihat lebih mendalam prevalensi masalah gizi di Kabupaten Pasaman ini. Menurut laporan Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman tahun 2014 dan hasil PSG tahun 2015 sampai tahun 2017, persentase *wasting* tahun 2013 sebesar 14,4% dan terjadi peningkatan prevalensi pada tahun 2017 sebesar 1,5% yaitu (15,9%). Persentase *stunting* pada tahun 2013 sebesar 37,8% dan terjadi peningkatan prevalensi pada tahun 2017 sebesar 2,8% yaitu (40,6%). Persentase balita *overweight* 8,6% pada tahun 2015 dan terjadi sedikit penurunan prevalensi pada tahun 2016 sebesar 0,5% yaitu 8,1%.

Pada indikator *wasting*, jika dilihat trend pada empat tahun terakhir persentasenya terus tinggi > 5% dari target yang ditetapkan nasional, bahkan pada tahun 2017 terjadi peningkatan yang cukup tajam kejadian *wasting* ini yaitu sebesar 15,9%. Pada indikator *stunting*, jika dilihat tren kejadiannya juga cukup tinggi pada empat tahun terakhir ini, dimana persentasenya berada >20% setiap tahunnya. Sementara target prevalensi *stunting* nasional sebesar <20%. Kemudian pada indikator anemia, di Kabupaten Pasaman juga memiliki prevalensi anemia cukup tinggi yaitu 35,9% tahun 2014, 34,3% pada tahun 2015 dan 29,6% pada tahun 2017. Pada Indikator berat badan bayi rendah, pada tahun 2014 sebanyak 1,87%, pada tahun 2016 sebanyak 1,68% dan pada tahun 2017 1,15%.

Masih tingginya permasalahan gizi di Kabupaten Pasaman terutama yang berkaitan dengan *outcome* dari gerakan 1000 HPK ini disebabkan oleh beberapa hal seperti belum optimalnya regulasi tentang gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman, masih minimnya evaluasi terhadap kegiatan 1000 HPK ditingkat masyarakat walaupun sudah dilaksanakan rapat koordinasi antara Kepala Puskesmas se-Kabupaten Pasaman. Gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman ini juga terkendala dana yang tidak mencukupi untuk mengefektifkan kegiatan-kegiatan dalam intervensi masalah gizi di Kabupaten Pasaman. Sedangkan dalam sebuah sistem kesehatan diperlukan elemen *input*, *proses*, *output* yang saling mempengaruhi. Apabila satu elemen tidak berjalan dengan baik maka akan mempengaruhi elemen atau bagian yang lain (Soekidjo, 2017), sehingga *outcome* dari suatu program juga tidak tercapai. Kemudian dalam menentukan berjalan atau tidaknya suatu pelaksanaan program juga dapat dianalisis melalui pendekatan yang

dikembangkan oleh George C. Edward III, dimana dalam keberhasilan implementasi suatu kebijakan sangat dipengaruhi oleh variabel komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Melihat permasalahan gizi yang ada di Kabupaten Pasaman dan kendala yang dihadapi, perlu kiranya dianalisis lebih mendalam bagaimana implementasi dari gerakan 1000 HPK ini, dimana gerakan 1000 HPK ini telah diterapkan Pemerintah sejak tahun 2013 melalui terbitnya Peraturan Pemerintah no. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Percepatan Perbaikan Gizi, sehingga perlu diketahui kenapa gerakan 1000 HPK yang telah berjalan empat tahun tidak mampu memperbaiki masalah gizi di Kabupaten Pasaman. Untuk itu penulis tertarik melakukan analisis terhadap implementasi dari gerakan 1000 hari pertama kehidupan yang ada di Kabupaten Pasaman dalam upaya perbaikan masalah gizi balita.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana implementasi gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman pada tahun 2017.
2. Apa saja bentuk kegiatan dalam implementasi gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman, mulai dari kegiatan pada indikator *input* (regulasi, visi, misi, sasaran program, pembiayaan, sumber daya manusia dan sarana prasaran), *proses* (intervensi spesifik, intervensi sensitif, pembentukan organisasi dan *input* (adanya terbentuk komitmen, kerangka pembiayaan dan teridentifikasinya program spesifik dan sensitif) gerakan 1000 HPK tersebut?
3. Apakah implementasi gerakan 1000 HPK ini sudah berjalan dengan baik sesuai dengan pedoman gerakan 1000 HPK?
4. Apakah ada kendala yang muncul pada implementasi gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui analisis implementasi gerakan 1000 HPK di wilayah kerja

Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui aspek *input* dari gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman antara lain regulasi, visi, misi, sasaran program, pembiayaan, sumber daya manusia dan sarana dan prasarana.
- b. Mengetahui aspek *proses* dari gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman seperti intervensi spesifik, intervensi sensitif, pembentukan organisasi (keterlibatan pemangku kepentingan)
- c. Mengetahui *output* dari gerakan 1000 HPK di Kabupaten Pasaman melalui *reporting* dan *recording* terbentuk komitmen multi sektor, terselesaikannya kerangka pembiayaan, teridentifikasinya program gizi sensitif dan spesifik.
- d. Mengetahui kendala dalam proses implementasi gerakan 1000 HPK

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis/Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan memberi sumbangan pikiran dalam pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan masyarakat. Selain itu, hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

2. Aspek Praktis

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan informasi dan masukan bagi Dinas Kesehatan dan instansi lain yang terkait dalam penentuan arah kebijakan program perbaikan masalah gizi balita di Kabupaten Pasaman.

